

SEXUALIDAD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

LESLIE MARCELA VERNAZA QUINTERO

CC 1130678561

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
FACULTAD DE CIENCIAS BASICAS E INGENIERIA
TECNOLOGIA REGENCIA DE FARMACIA
CALI
2010**

SEXUALIDAD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

LESLIE MARCELA VERNAZA QUINTERO

CC 1130678561

**Proyecto de grado presentado
como requisito para optar el
Titulo de tecnólogo regente
en farmacia**

DIRECTOR DILSON RIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
FACULTAD DE CIENCIAS BASICAS E INGENIERIA
TECNOLOGIA REGENCIA DE FARMACIA**

**CALI
2010**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A Dios, por ser fuente de inspiración.

A mis Padres, quienes han sido el motor de mi vida.

A mis hermanos, por su comprensión y apoyo incondicional.

A mis compañeros de grupo de trabajo, quienes compartieron conmigo sus conocimientos y con quienes logre una excelente comunicación.

LESLIE MARCELA VERNAZA QUINTERO

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	6
1. OBJETIVO GENERAL	7
1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
2. JUSTIFICACION	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4. MARCO TEORICO	10
5. DESCRIPCION SALUD SEXUAL	12
6. FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES	14
7. SITUACION EN JOVENES EN LATINOAMERICA	39
8. RESOLUCION 0425 DE 2008	41
9. PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA	42
10. LINEAS DE POLITICAS	44
11. METODOLOGIA	45
12. ANALISIS ENCUESTA	48
13. TASA DE FECUNDIDAD	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	60
ANEXOS 1	61
ANEXOS 2	62

INTRODUCCION

Uno de los problemas de salud pública que se plantea a nivel nacional, específicamente en nuestro país Colombia es el incremento del embarazo precoz, el cual constituye una problemática social que afecta a niñas y jóvenes que tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando así sus proyectos de vida. La adolescencia es un período de transición en el individuo, de cambios significativos desde el punto de vista fisiológico como del psicológico, es un proceso de adaptación a su ambiente familiar y social.

Nuestro trabajo tiene como finalidad determinar la participación del personal de sector de salud incluyendo las entidades reguladoras, en la problemática que presentan los embarazos sucesivos en las adolescentes, haciendo énfasis en el comportamiento reproductivo de este grupo etéreo y se trabajó con el tipo de investigación en la modalidad de proyecto factible. Esperamos que el índice de mujeres adolescentes embarazadas disminuya, ya que esta etapa no es la más indicada para ser madre; la adolescencia es muy corta, y hay que disfrutarla al máximo.

Como regentes de farmacia debemos concientizar a las adolescentes en lo importante de la relación sexual con responsabilidad. Igualmente la investigación nos dará pauta para plantear posibles soluciones para disminuir los índices de embarazos en adolescentes.

1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer los programas de educación sexual en los colegios y hogares, dirigidos a los adolescentes de toda Colombia y prevenir los diferentes problemas asociados a la sexualidad como el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una encuesta sobre sexualidad a estudiantes con edades de 14 a 18 años en los colegios de las principales ciudades de Colombia.
- Recopilar información detallada de los adolescentes, donde se identifique el comportamiento en el tema de sexualidad y prevención.
- Conocer las fortalezas y debilidades de los adolescentes con respecto al conocimiento de la temática propuesta.
- Apoyar a las diferentes entidades educativas, a los rectores y docentes, en el manejo de la educación sexual para adolescentes, brindándoles herramientas prácticas, como información precisa del problema y la difusión de mensajes educativos y preventivos.
- Educar y prevenir el embarazo no deseado en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual, a través de una página de Internet, donde los jóvenes podrán encontrar textos en un lenguaje adecuado y sencillo.

2. JUSTIFICACIÓN

El estudio permitió enriquecer los conocimientos relacionados con la prevención de embarazos sucesivos en las adolescentes, validar una herramienta de trabajo que es de utilidad en la planificación del cuidado de enfermería en este grupo poblacional. Igualmente la orientación de nosotros como regentes de farmacia que podemos prestar en nuestros sitios de trabajo.

Demuestra la importancia de la presencia de la enfermera comunitaria en la consulta de adolescentes embarazadas y el aporte que se le da, en beneficio de la población objeto del estudio.

El tema de investigación tiene como meta principal capacitar a los adolescentes sobre una buena salud sexual reproductiva,

La principal motivación que nos llevo a estudiar este tema es el alto índice de embarazos en menores de edad, puesto que lleva una sexualidad sin protección y de una forma que no es la correcta,

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia y a nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas, las defunciones por complicaciones obstétricas en mujeres entre 10 a 19 años ocupan el segundo y cuarto lugar en América Latina.

En la mujer adolescente se presenta la menarquía cuyo inicio ha disminuido en las últimas décadas, a un promedio de 9 a 12 años. Por otra parte el adolescente puede tener creencias equivocadas como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como; lastima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad. Otro aspecto a considerar son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas.

Las niñas adolescentes están menstruando desde muy temprana edad, lo que significa que están llegando muy rápido a una edad fértil, esto sumado a que inician su actividad sexual a muy temprana edad; dando como resultado embarazos no deseados e inoportunos, lo que aumenta los índices de morbilidad y mortalidad en estas personas; debido a que sus organismos no están adaptados biológicamente para estos procesos.

4. MARCO TEORICO

En el mundo ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. En Colombia la población adolescente conformada por el grupo de 10 a 19 años, constituyen el 21,5% del total de la población, de los cuales el 50% son mujeres. La adolescencia y sus cambios puberales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados; que al ser expresados, generan disgusto y rechazo por parte de los adultos, así como temor por parte del adolescente. Esta situación dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, con riesgo de abortos y de embarazos sucesivos en adolescentes en la edad media de 14 a 16 años. El inicio de la actividad sexual ante de los 18 años es una decisión sobre la cual influyen o interactúan una serie de factores.

La **adolescencia** es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas. Según las edades, la adolescencia se divide en tres etapas: 1– Temprana (10 a 13 años), 2- Media (14 a 16 años) y 3- Tardía (17 a 19 años).

Se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etáreo entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

No debe considerarse solo los riesgos relacionados a los resultados maternos y perinatales si no además las implicaciones psicosociales.

5. DESCRIPCION SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES

La política de Salud Sexual y Reproductiva, recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva.

NORMATIVIDAD

- Política de Salud Sexual y Reproductiva de 2003
- Resolución 412 de 2000
- Decreto 1543 de 1997
- Ley 972 de 2005
- Circular 018 de 2004
- Acuerdo 229 de 2002

METAS

De acuerdo a la circular 0052 de Diciembre de 2002, las metas establecidas para Colombia son:

- Aumentar captación de gestantes en el primer trimestre del embarazo en un 10%
- Aumentar cobertura de control prenatal institucional en un 10% (mínimo 5 controles por gestante)
- Mantener porcentaje de parto institucional en 99%
- Disminuir en un 12.5% la mortalidad materna evitable
- Mantener el porcentaje de embarazadas adolescentes en 23%
- Contar con programa de atención a la adolescente con consejería en planificación familiar
- Mantener la Prevalencia de VIH/SIDA en 0.7% en población general
- Disminuir en un 7.5% la transmisión de SIDA perinatal
- Disminuir tasa de incidencia de sífilis congénita en < de 0.5 x1.000 N.V.
- Aumentar cobertura de toma de citología de primera vez en un 11.2%

6. FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES



La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la 'madre soltera'. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas.

Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, aún así la conducta reproductiva de este grupo es una gran preocupación. En comparación con los cambios en fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como resultado del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión.

El sistema de salud colombiano afronta significativos problemas de salud pública, entre ellos el embarazo en adolescentes. La preocupación por este fenómeno ha aumentado y aún la comprensión del mismo es insuficiente.

En Colombia, la proporción de mujeres de 15 a 19 años sobre el total de mujeres en edad fértil es de 19.5%. Una de cada cinco de las adolescentes de 17 años y una de cada tres de las de 19 años ha estado embarazada, y más del 50% de los hijos de adolescentes son no deseados, según datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2000; situación que acarrea riesgos, no sólo para la adolescente sino también para el hijo, y en la mayoría de los casos, para el funcionamiento familiar.

El grupo de los adolescentes es uno de los más vulnerables y expuestos a embarazos no deseados. A más temprana edad de la mujer, mayor riesgo de complicaciones en el embarazo. De allí la importancia de aportar al diseño de programas de promoción de la salud dirigidos a este grupo de población.

En la práctica diaria en las instituciones de salud, se observa el aumento del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años. Igual aumento se ha observado en la zona rural y urbana en todas las regiones del país. Para el año 1995, en algunas instituciones de la Secretaría de Salud Municipal de Cali se encontró que el 20.5% de los controles prenatales de la ciudad correspondió a embarazo en adolescentes; para el año 1996 la cifra incrementó al 23.1%; además, se observó la falta de conciencia, responsabilidad y conocimiento del uso apropiado de los métodos anticonceptivos (MAC) desde el inicio de la actividad sexual; para el año 2000, también en Cali, se reportó que el 24% de los controles prenatales correspondió a embarazos de adolescentes.

En Colombia, según datos de la ENDS 2000, se encontró el 26% y el 17% para fecundidad en adolescentes en zona rural y urbana respectivamente; el 19% de las mujeres de 15 a 19 años han estado embarazadas, y el dato va en aumento si tenemos en cuenta que para 1990 la misma estimación fue del 13%.

El propósito fue aportar al conocimiento de los factores que influyen en la regulación de la fecundidad de los adolescentes de ambos sexos desde la perspectiva de factores clasificados en pre disponentes, capacitantes y reforzadores del uso de los métodos anticonceptivos, para el diseño de intervenciones futuras en promoción de la salud.

La regulación de la fecundidad se refiere al control de la facultad reproductiva, lo que implica las acciones realizadas para concebir o no. Se supone que existe un conocimiento básico en relación con los métodos anticonceptivos. En Colombia, el 77% de las mujeres en unión usan un MAC, de ellas el 59% para limitar los nacimientos (no quieren tener más hijos) y el 18% para espaciarlos. El uso de anticonceptivos entre los adolescentes es bajo en Colombia. La ENDS 2000 reporta el uso de MAC en el 17.3% de las adolescentes entrevistadas entre 15 y 19 años.

El embarazo en adolescentes, además de sus posibles consecuencias negativas para la salud, es considerado un problema de salud pública. Se han señalado situaciones difíciles asociadas como son el embarazo no deseado, el madresolterismo, las complicaciones del aborto y las infecciones de transmisión sexual, a las que se ven abocados los adolescentes de ambos sexos, las familias, las instituciones prestadoras de servicios de salud y la sociedad en general. El impacto de este problema es alto en términos de ausentismo y deserción escolar, ingreso a la fuerza laboral sin preparación, altos costos de salud y aumento en la morbilidad y mortalidad maternas.

Se sabe que los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre adolescente y su hijo son tanto mayor cuanto más joven es la madre; se dan también rupturas familiares, rechazo de la sociedad, uniones maritales inestables, hogares con jefatura femenina y aumento de la pobreza, entre otras

Para orientar los procesos formativos es importante tener en cuenta que las adolescentes pueden iniciar su vida sexual poco después de su menarquía; en general, inician la actividad sexual a edades cada vez más tempranas. Igualmente, tener presente la valoración negativa que los adultos hacemos de la sexualidad de los adolescentes, lo que puede obstaculizar su acceso a la información, a la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de manera placentera y responsable.

Las relaciones sexuales en adolescentes no sólo se inician cada vez más temprano, ahora constituyen una práctica en aumento en Colombia y en el mundo entero. Algunas situaciones del medio que rodea a las adolescentes influyen en su conducta, entre ellas la desintegración de la familia de origen, en especial por ausencia del padre, hacinamiento, promiscuidad sexual de figuras adultas que las rodean, falla de la familia como referente primario generador de valores y actitudes. No hay conciencia de la maternidad y/o paternidad, sino que se llega a ella por accidente.

Se ha documentado que algunas jóvenes atribuyen un alto valor a la maternidad, por eso es importante comprender qué las motiva a adoptar determinadas conductas.

Modificar lo anterior no es trabajo fácil ni de una sola generación. No es sólo cuestión de información respecto al uso de anticonceptivos.

La sexualidad es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales. La genitalidad es el aspecto corporal de la sexualidad. Es la estructura genital del ser humano, como hombre y como mujer. Está conformada por los órganos reproductores masculinos y femeninos.

En la actualidad, en muchos lugares de la sociedad, se identifica a la sexualidad únicamente en lo correspondiente al cuerpo. Se le desvirtúa confundiéndola con la genitalidad.

La sexualidad es más amplia y si bien incluye las relaciones sexuales tiene que ver con el entorno y la educación.

La sexualidad femenina a diferencia del hombre cuya sexualidad es genitalizada, ésta es compleja e integra lo físico, corporal, emocional y afectivo a los cuales se suma el tema socio-cultural, que son las ideas y actitudes regidas por valores éticos, morales y que moldeadas por nuestra familia, regulan nuestra conducta sexual.

La psicóloga social Silvia Kurlat, presidenta de la Asociación Argentina de Educadores y Educadoras Sexuales, señaló al diario La Nación que “hoy las jóvenes viven su sexualidad con mayor libertad que sus madres y abuelas, aunque aún queda un largo camino por recorrer ya que este cambio no viene acompañado por la información necesaria, los cuidados, con espacios de intercambio y con una educación sexual adecuada.”

Al igual que la sexualidad femenina, la masculina está condicionada por factores neurobiológicos, factores psicológicos y sociales, sin embargo es radicalmente distinta en su manifestación o expresión, caracterizándose por ser genitalizada, rápida y más simple.

La sexualidad es considerada un elemento importante en la vida de los seres humanos, aunque esta se encuentra llena de mitos y falsas creencias que se han creado por causa de la desinformación y la mala educación dada por generaciones.

Esta desinformación es casi siempre referida a los diferentes métodos que se utilizan para evitar el embarazo y prevenir las enfermedades de transmisión sexual y es el motivo por el cual muchos adolescentes se inician en las relaciones sexuales sin darle la debida importancia.

¿Por que el adolescente no posee la debida información acerca de la sexualidad?

Educación sexual familiar ineficiente: La familia tiene un papel fundamental en la enseñanza sexual, además de brindar la confianza y naturalidad necesaria para abordar el tema con los adolescentes.

La dificultad que se presenta es que hay mucha ignorancia en los padres y la sexualidad sigue siendo un tema “prohibido”, por lo tanto, en la mayoría de los casos, delegan la educación sexual a los establecimientos educativos.

Además, la familia le atribuye al varón la capacidad e interés sexual y a la mujer “esencia materna”, a los varones se les reservaron los contenidos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y las prácticas sexuales seguras, y a la mujer contenidos relacionados con el embarazo, la menstruación, el parto y la lactancia.

Esto tiene que dejar de suceder, dado que, como padres de familia son el modelo y la referencia fundamental a seguir, para instruir la educación sexual sin diferenciar los sexos.

La educación sexual de los alumnos debe ser responsabilidad de los padres y además del colegio ya que no solo la educación empieza en el colegio sino que también empieza en el hogar.

La formación propiamente sexual es una parte de la educación integral y una de las tareas más urgentes que ha de resolver el adolescente en su marcha hacia la madurez, es el aprendizaje del amor. Si no se engloba dentro de la educación afectiva y moral -que ha de continuar durante toda la adolescencia y juventud- no se puede hablar de una educación sexual propiamente dicha, sino de una mera instrucción biológica.

Una educación sexual debe estar en relación con la afectividad y los valores vividos y transmitidos en el hogar, tales como el amor, la generosidad, el respeto hacia el otro, la fidelidad, entre otros.

Factores socioculturales: Las bajas condiciones socioeconómicas, con una baja escolaridad y la falta de madurez psicológica de los jóvenes, que son poco comprometidos con sus responsabilidades acentúa el hecho de la falta de conocimiento e interés acerca de la sexualidad.

Falta de educación sexual en los colegios: A pesar de existir la Ley Nacional de Educación, la cual contempla como obligatoria la Educación Sexual, en el Distrito Capital el desarrollo de la educación sexual ha tenido importantes limitaciones, que son reflejo de lo que sucede en el país.

Un estudio realizado por el Ministerio de Educación, logró establecer limitaciones en la calidad del proceso, dificultades para abordar el tema por parte de docentes y las familias de los alumnos y alumnas, así como debilidades administrativas para lograr una educación emancipadora, generadora de autonomía,

respetuosa de las diversidades sexuales y con enfoque de géneros, situaciones que también señalan los mismos niños, niñas, adolescentes y padres y madres de familia.

Esta ley debería estar aplicada en todos los establecimientos de enseñanza del resto del país. El Estado tiene la obligación de impartir educación sexual y de garantizársela a todas las personas en igualdad de condiciones.

La educación sexual de este momento no es sólo una cuestión de prevención de problemas, sino, un elemento útil para promover el desarrollo de una visión positiva de la sexualidad.

La sexualidad en adolescentes

La adolescencia, como toda etapa de crecimiento de la vida humana, esta signada por los cambios, las crisis y el paso a nuevos estados de vida. La sexualidad en esta etapa no escapa a todos estos sucesos.

No hay una sola manera de encarar la adolescencia, dependerá del criterio con que se la mire el aspecto que se resaltará.

Desde el punto de vista cronológico está delimitada, más o menos, entre los doce y veinte años. Decimos mas o menos porque como todo proceso de un ser vivo es imposible encasillarlo en márgenes estáticos.

La pubertad, con la menarca, (la primera menstruación) en la mujer y las primeras poluciones nocturnas en el varón, marcan desde el punto de vista biológico el comienzo de la adolescencia.

Con el logro de la identidad personal (quien soy, hacia donde quiero ir, que quiero ser) está marcado desde el criterio psicológico de abordaje, el final de este período.

La definición de los roles es desde el punto de vista sociológico lo que define a la adolescencia, éstos, por supuesto dependen de la cultura en la que se vive, no hay roles determinados de nacimiento.

Por último hay un criterio que en la actualidad a perdido, por lo menos en la civilización occidental, la trascendencia que gozó en otros tiempos, el antropológico. Desde este punto de vista el ingreso a la adolescencia está marcado por ritos determinados por cada cultura.

Normalmente hablamos de los adolescentes como si se tratara de un grupo homogéneo, en realidad debemos hablar de etapas, cada una marcada por situaciones especiales que se manifestarán también en la sexualidad.

La primera etapa, llamada de aislamiento se da entre los 12 y 14 años. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones.

Entre los 14 y 15 años se da la segunda etapa, llamada de incertidumbre. Se da mayor importancia a los pares, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones.

En el varón se dan encuentros homosexuales, que no marcan una futura opción homosexual, sino que son fruto de la timidez propia de la etapa que dificulta el acercamiento a personas del otro sexo.

Comienzan los primeros enamoramientos.

En la tercera etapa, entre los 15 y 17 años se da la apertura a la heterosexualidad. Es la época de los grandes amores "para toda la vida", "que sin la otra persona me muero", y a los tres días se cambio de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbadoras mas intensas.

En esta etapa se define la orientación sexual ("quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos").

La última etapa llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad ("uno sabe quien es, que quiere y a donde va").

Las relaciones afectivas son más estables, se logra la des idealización del ser amado sin tantos duelos intolerables.

Recién aquí se puede hablar de libertad y responsabilidad.

CONCLUSIÓN: la humildad de los padres y el reconocimiento de sus carencias son puntos importantes para lograr el reencuentro con sus hijos desde una óptica adulta.

Un gran problema para superar las crisis es que ni los hijos ni los padres tienen parámetros fijos para relacionarse, el adolescente está en constante cambio, su conducta varía entre el comportamiento infantil y el adulto.

Muchas veces podemos olvidarnos que los adolescentes es una persona en desarrollo, que si bien debe construir su libertad, para hacerlo necesita también límites que los ayuden a ubicarse en el mundo.

Ni un marco demasiado rígido, ni la libertad total, que siente como abandono y despreocupación por parte de los padres, ayudan al adolescente en la búsqueda del equilibrio y la madurez.

No hay recetas, no hay "adolescentes", sino éste adolescente, que es fruto de una familia, con una historia determinada que influye poderosamente en la definición de esta etapa.

Por último, y es lo que mas cuesta a los padres acostumbrados al relacionamiento niño-adulto con su hijo: debemos estar preparados para aceptar las definiciones de vida en cuanto a escala de valores, opciones políticas, culturales y sexuales de nuestros hijos. El parámetro para medir su óptimo desarrollo no es que sean lo que siempre soñamos que fueran, sino que sean felices de la forma que ellos elijan.

Responsabilidad, decisión de pareja, padres y madres como educadores en sexualidad

Relacionan el inicio de las relaciones sexuales con el deber de usar los métodos anticonceptivos y asumirlas con responsabilidad, conciencia y madurez. Asocian la importancia del uso de los métodos con el inicio de las relaciones sexuales, cuando se tenga pareja estable. Opinan que la decisión del uso de métodos anticonceptivos debe ser concertada por ambos miembros.

No tienen conocimientos claros sobre el uso de métodos de planificación familiar. Obtienen información por medio de amigos, profesores y por fuera de la casa. Asocian la práctica de la anticoncepción con la realización de planes futuros.

Prefieren recibir información sobre MAC y sexualidad, de padres, personal profesional de la salud y personas con experiencia. La madre es quien más insiste en el uso de métodos de planificación familiar. Los padres sobreprotegen a las hijas y dan libertad a los varones.

El sitio donde acuden con mayor frecuencia para obtener métodos de planificación familiar es la farmacia.

Factores comunes a mujeres embarazadas y sus compañeros

Anticoncepción, responsabilidad de la mujer, desconocimiento, temor.

Existe la creencia de que el hombre insiste en el uso del método anticonceptivo y es la mujer quien toma la decisión.

No saben usar adecuadamente ni siquiera uno de los métodos de planificación familiar.

Sienten temor al uso de los métodos anticonceptivos por sus efectos secundarios.

La información que tienen es errada. El tema de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos es de difícil abordaje al interior de la familia.

Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

En la investigación en salud y en comportamiento social se han mencionado múltiples factores que influyen en una conducta dada. Green y Kreuter plantearon un modelo para trabajar en promoción de la salud denominado PRECEDE-PROCEDE, que da cuenta de los múltiples factores que moldean la salud y ayuda a los profesionales a planear intervenciones centradas en esos factores.

El modelo agrupa los factores en tres: los capacitantes, los predisponentes y los reforzadores. Con base en este método, se sugiere trabajar los factores que, según los resultados del estudio, influyen en el uso de los anticonceptivos.

Factores que influyen en el uso de MAC, útiles para el diagnóstico educativo:

Factores pre disponentes

Considerar la sexualidad como un tema cotidiano y no como un tabú. Tratar este tema al interior de la familia.

El deseo de no defraudar a los padres con el inicio de relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos a temprana edad.

Dar importancia a las relaciones con una pareja estable y, en consecuencia, al uso de los métodos anticonceptivos.

Tomar ejemplo de embarazos y/o vivencias en mala situación económica, lo cual motiva al uso de métodos anticonceptivos.

Asumir el embarazo como una responsabilidad y ser conscientes de ello.

Aprender a auto valorarse y autoestimarse, principalmente las mujeres, como ellas mismas lo manifestaron.

Planear el número de hijos y el momento en que deben llegar.

Elaborar un proyecto de vida o planes futuros, como educación, trabajo, etc.

Factores capacitantes

Poseer conocimientos claros acerca del uso de métodos anticonceptivos.

Saber utilizar al menos un método anticonceptivo.

Conocer sobre las instituciones de salud que brindan el programa del adolescente.

Recibir información y explicación por parte de los profesores sobre las dudas que se les presentan.

Conocer que las relaciones sexuales no concertadas, no planeadas, por entrar en la moda y vivir el momento, se realizan generalmente sin protección.

Factores reforzadores

La insistencia de los padres en que las hijas adolescentes eviten un embarazo, y que los hijos también eviten el embarazo en sus novias. No olvidar que se necesita hablar de esos temas, explicar cómo y qué deben hacer.

Obtener información adecuada de los amigos(as) acerca de experiencias y uso de métodos

Ofrecer apoyo institucional con programas acordes a las necesidades del adolescente.

Brindar asesoría en las droguerías donde se vende el método.

Aceptar que la responsabilidad de la regulación de la fecundidad y la adquisición de información al respecto no sólo es de la mujer; el hombre tiene que adoptar una actitud y proceder también en el uso de los métodos anticonceptivos.

RIESGOS SOCIALES

Deserción escolar

Desempleo

Perdida de autoestima

Alta proporción hijos desprotegidos
Inestabilidad emocional y familiar
El comienzo del “síndrome de pobreza”
Dificultad de educación
Problemas laborales
Inserción en la sociedad

RIESGOS MEDICOS

La maternidad del adolescente se asocia a mayor riesgo de complicaciones del embarazo, parto y recién nacido.

Los riesgos aumentan por la mala, falta o tardía atención prenatal.

LAS CONSECUENCIAS AFECTAN A:

Madre adolescente
Hijo de madre adolescente
Padre adolescente

ESTRATEGIAS PREVENCIÓN

- ✚ Educación sexual precoz.
- ✚ Crear mas servicio de atención para salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- ✚ Planificación familiar
- ✚ El embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente.

Más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52%) reporta no haber deseado el embarazo en ese momento.¹³ Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada y la deseada se presentan en las zonas rurales, en las regiones Oriental y Pacífica, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas. Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro.

El acceso a la información y al uso de métodos anticonceptivos es un derecho de todas las personas.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La tasa del embarazo en la adolescencia ha declinado permanentemente desde que alcanzó su punto más alto en 1990, debido en gran parte al incremento en el uso de condones.

Debido a que ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, la abstinencia (no tener relaciones sexuales) es la única forma segura de prevenir el embarazo. Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate. A continuación, se citan algunas de ellas:

- ✚ Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional.
- ✚ En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas.
- ✚ Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados.

En comparación con otros países industrializados, los Estados Unidos tiene las tasas más altas de embarazos, abortos y nacimientos entre los adolescentes, a pesar de que los demás países tienen tasas de actividad sexual similar o mayores.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si:

- ✚ Comienzan a tener citas amorosas a temprana edad (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).
- ✚ Desertan del colegio.

- ✚ Crecen en condiciones de pobreza.
- ✚ Tienen una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.
- ✚ Han sido víctimas de abuso sexual.
- ✚ Carecen de sistemas de apoyo o tienen pocos amigos.
- ✚ No tienen participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
- ✚ Viven en comunidades o asisten a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común y vista como norma y no como un tema de preocupación.
- ✚ Piensan que tienen pocas o ninguna oportunidad de éxito.
- ✚ Consumen alcohol y/u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco.

Síntomas: Los síntomas del embarazo abarcan:

- ✚ Distensión abdominal
- ✚ Aumento de tamaño de las mamas y sensibilidad en las mamas
- ✚ Fatiga
- ✚ Mareos o desmayos reales
- ✚ Ausencia de períodos menstruales
- ✚ Náuseas/vómitos

Signos y exámenes:

La adolescente puede o no admitir que ha tenido relaciones sexuales. Si la adolescente está embarazada, generalmente se presentan cambios de peso

El examen pélvico puede revelar la coloración azulada o violácea de las paredes vaginales, una coloración igual y ablandamiento del cuello uterino, al igual que ablandamiento y agrandamiento del útero.

- ✚ Una prueba de embarazo en orina y/o GCH en suero generalmente es positiva.
- ✚ Se puede realizar una ecografía del embarazo para confirmar o verificar las fechas exactas del mismo.

Tratamiento:

Todas las opciones disponibles para la adolescente embarazada se deben considerar cuidadosamente.

El aborto es una opción potencial, pero las leyes de cada estado varían con respecto a si una adolescente soltera puede practicárselo legalmente sin el consentimiento de los padres. En el caso de las adolescentes casadas, puede exigirse el consentimiento del esposo. Otra opción es el dar al bebé en adopción.

La mayoría de las adolescentes deciden continuar con el embarazo y quedarse con el bebé.

El cuidado prenatal temprano y adecuado, preferiblemente por medio de programas especializados en embarazos de adolescentes, garantiza el nacimiento de bebés más sanos. Se debe desalentar firmemente el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol y la drogadicción, y ofrecer métodos de apoyo que ayuden a la adolescente embarazada a suspender tales comportamientos.

Después del parto, es necesario brindar a las adolescentes información y servicios sobre los métodos anticonceptivos para que así eviten nuevos embarazos.

Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz a que continúen en la escuela o que reingresen a programas educativos que les brinden las destrezas para ser mejores padres y poder encargarse de su hijo financiera y emocionalmente. El cuidado infantil accesible y de costo apropiado es un factor muy importante para que las madres adolescentes continúen sus actividades escolares o comiencen a trabajar.

Expectativas (pronóstico)

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos. Estas mujeres igualmente tienen menos probabilidades de recibir el apoyo para su hijo por parte del padre biológico, de terminar sus estudios y de establecer una independencia y estabilidad financiera suficiente que les permita sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de ayuda externa.

Las madres adolescentes casadas tienen mayor probabilidad de divorciarse que aquellas mujeres casadas que posponen su maternidad hasta los 20 años de edad.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen una tasa superior al promedio de ser arrestados y encarcelados.

Complicaciones:

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

- ✚ Placenta previa
- ✚ Hipertensión inducida por el embarazo
- ✚ Parto prematuro
- ✚ Anemia grave
- ✚ Toxemia

Los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también es un factor.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

Situaciones que requieren asistencia médica:

La persona debe consultar con el médico si tiene síntomas de embarazo. El médico también puede brindar asesoría con relación a los métodos de planificación familiar o riesgos del embarazo.

Prevención:

Existen muchos tipos diferentes de programas de prevención del embarazo en la adolescencia. Los programas de educación para la abstinencia estimulan a las personas jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y un posible embarazo en una forma responsable.

Los programas basados en el conocimiento se concentran en enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción.

Muchos de estos programas se ofrecen a través de consultorios ubicados en los colegios.

Los programas de asesoría por parte de compañeros generalmente involucran adolescentes mayores que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente.

Estos programas tienden a tomar más un enfoque personal, ayudando a las adolescentes a entender sus propios riesgos. Para aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, estos programas de asesoría de compañeros también le brindan las habilidades para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

Marco situacional

El tema de la sexualidad en adolescentes se desarrolla especialmente en los centros educativos de nuestras ciudades donde vivimos es el escenario principal donde los adolescentes pasan una gran etapa de su vida.

Misión

Prevenir, garantizar, restablecer y reparar los Derechos de los adolescentes en la familia conculcados por situaciones de violencia intrafamiliar y demás establecidas por la Ley.

Visión

Es mejorar la sexualidad de los adolescentes inculcándoles valores desde el núcleo de los hogares.



Esquema de programa educativo por ley:

Los jóvenes tendrían que contar con el sostén de la familia, respaldado por la educación adquirida en los diferentes establecimientos educativos y amparados por las leyes gubernamentales.

Debido a las causas anteriormente nombradas, surge una concepción denominada representación social que se define como un conjunto de creencias y mitos que tienen la pretensión de ser verdadera.

Generalmente se encuentran envueltos en la superstición y son alimentadas por la ignorancia; en éste caso, de la sexualidad; explican lo que nadie explica o aclara, proporcionan seguridad por más improbables que sean.

Las representaciones sociales se expanden y son difundidos y reproducidos por miembros del mismo grupo social.

Algunos profesionales del área biológica y los que pertenecen a otras áreas también, sostienen errores y creencias que se van infiltrando de generación en generación, traspasando niveles educativos, en todas las edades y espacios socio-económicos. El crecimiento de los medios de comunicación masiva, ha permitido un acceso al material relativo a lo sexual, que no tiene precedentes en los siglos anteriores.

7. SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LATINOAMÉRICA

Las complicaciones generadas por el embarazo en adolescentes se han convertido en una de las principales causas de muerte en este grupo poblacional, pues se estima que tan sólo en América Latina y el Caribe entre 15 y 25 por ciento de los recién nacidos tiene padres adolescentes.

Un informe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) señala que en los países en desarrollo al menos 17 por ciento de los alumbramientos corresponde a mujeres menores de 20 años, lo que las ubica como un sector de alto riesgo y vulnerabilidad.

En su reporte sobre el Estado de la Población Mundial 2004, el organismo destaca que si bien el embarazo en adolescentes disminuyó en varios países en la última década, aún se ubica como uno de los riesgos de salud más importante para las niñas de entre 12 y 19 años, ya que cada año 14 millones de nacimientos en el mundo corresponden a ese sector de la población.

Agrega que en los países en desarrollo una de cada tres mujeres da a luz antes de cumplir 20 años, lo que genera que las madres adolescentes enfrenten mayores riesgos durante el parto, así como por un aborto realizado en malas condiciones, pues al menos una cuarta parte de éstos, estimados en 20 millones en todo el mundo, corresponden a mujeres entre 15 y 19 años, grupo en el que se producen anualmente 70 mil decesos por legrados mal practicados.

Las mujeres con embarazo precoz, destaca el estudio, por razones fisiológicas y sociales tienen más probabilidades de morir en el parto, pues se estima que las madres de entre 15 y 19 años duplican la tasa de mortalidad de las jóvenes mayores de 20 años que dan a luz.

En caso de las niñas menores de 15 años, las probabilidades de fallecer en el alumbramiento son cinco veces mayores que en las que tienen más de 20 años.

Al respecto, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la sexualidad de los adolescentes en el continente señala que al menos 50 por ciento de los jóvenes menores de 20 años en América Latina y el Caribe inicia su vida sexual antes de cumplir 17 años, por lo que se estima que entre 35 y 52 por ciento de los embarazos en adolescentes no fueron planificados.

El informe de la OPS destaca que a pesar de que se han incrementado los esfuerzos para impulsar una salud reproductiva sana e integral para todos los adolescentes de la región, "muchas acciones se han concentrado en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y no en sensibilizar sobre los riesgos del embarazo precoz".

8. RESOLUCIÓN NÚMERO 0425 DE 2008

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales

DECRETO 3039 DE 2007

Ministerio de la Protección Social Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública

9. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007 – 2010

El plan nacional de salud pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento. En el ámbito de sus competencias y obligaciones de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

- ✚ Reglamentación
- ✚ Estrategia de Movilización Social para la Implementación del Plan Nacional de Salud Pública
- ✚ Logo símbolo Plan Nacional de Salud Pública
- ✚ Presentaciones
- ✚ Indicadores en Salud - ODM
- ✚ Documentos (PNSP): Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Pública en Colombia
- ✚ Metodología para la Evaluación del Plan de Salud Territorial

PROPOSITOS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes:

Universalidad

Equidad

Calidad

Eficiencia

Responsabilidad

Respeto por la diversidad cultural y étnica

Participación social

Intersectorialidad

10.LÍNEAS DE POLÍTICA

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

11.METODOLOGIA

Este trabajo de investigación se orienta dentro de la temática de la prevención y promoción de la salud, se presenta dentro de la línea descriptiva ya que se permite evaluar

Conceptos y procedimientos en un sistema determinado a corto y largo plazo.

Tipo de investigación

Para el desarrollo de este estudio se tomo el paradigma cualitativo ya que se hace énfasis en el proceso participativo y en la solución de problemas. A una comunidad.

Método de investigación

El propósito de esta investigación pues bien la observación y deducción y la inducción son los métodos son los métodos que se utilizan en el transcurso de esta.

Fuentes de investigación

Información primaria, a estudiantes de los colegios de nuestros municipios donde vivimos.

Información secundaria, internet observación directa diálogos charlas. Encuesta

Población, información de la secretaria de los colegios, lista de estudiantes matriculados.

Muestra

Para que el estudio sobre la sexualidad en los adolescentes, sea valido se establece una muestra aleatoria simple, la muestra se emplea para describir una porción escogida de población con adolescentes, Para tal efecto se aplico la siguiente formula.

$$z^2, *p*q$$

$$n= N \frac{z^2, *p*q}{e^2, (N-1) + Z^2, *p*q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

N= población universal

Z= valor de la tabla normal estándar correspondiente al área bajo la curva para un 95% de confiabilidad

P= probabilidad que un suceso ocurra, generalmente un 50%

q= probabilidad que un suceso ocurra, generalmente un 50%

e= error permisible del 7%

Y reemplazando tenemos que:

$$109 - 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

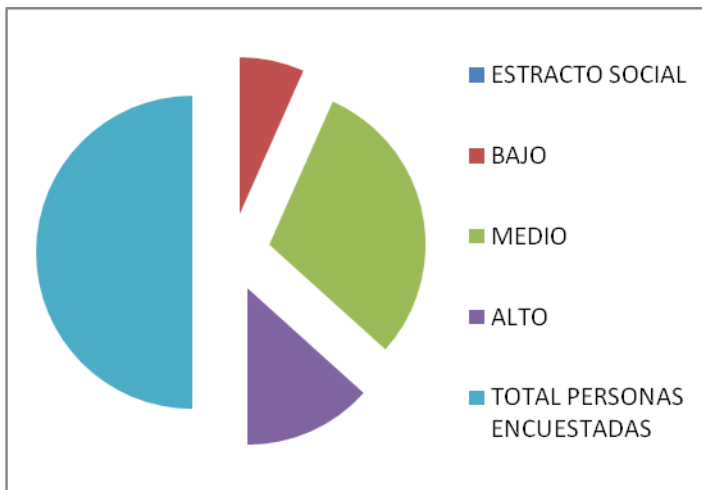
$$n = \frac{109 - 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.07^2 \cdot (109 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

Las técnicas de análisis estadístico se obtendrán de la tabulación de los datos recolectados en las encuestas, y se relacionan mediante tablas y gráficos para mejor comprensión y análisis.

El tratamiento de la información al terminar la tarea de recoger la información pertinente al estudio se procederá a organizar la información de acuerdo a las variables, para que así facilite la información.

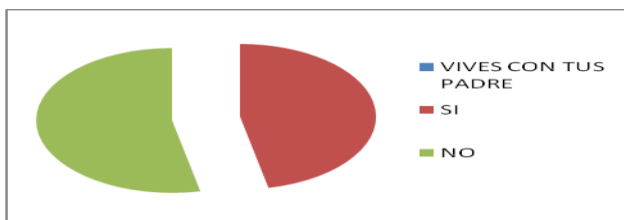
12. ANALISIS DE LA INFORMACION ENCUESTA APLICADA AL MUNICIPIO

ESTRACTO SOCIAL	
BAJO	2
MEDIO	9
ALTO	4
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS	15

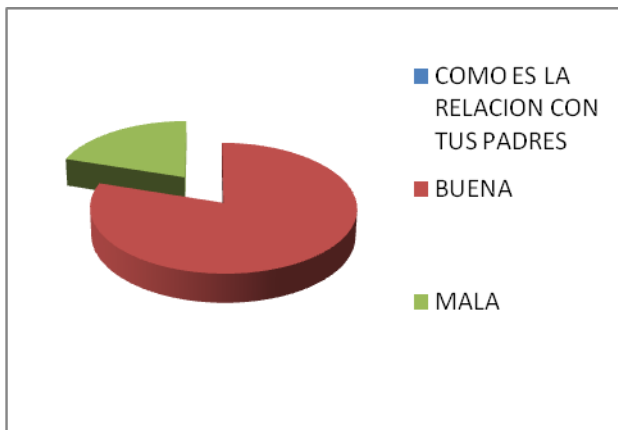


El 60% de jóvenes encuestados son de estrato medio, el 27% son de estrato alto y el 13% son de estrato bajo.

VIVES CON TUS PADRE	
SI	7
NO	8

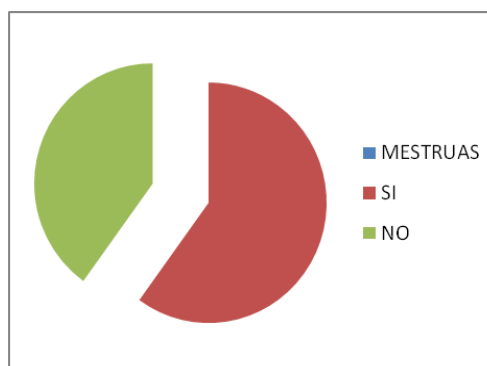


El 47% de los jóvenes encuestados vive con sus padres y el 53% No viven con sus padres



En los jóvenes encuestados el 80% viven con sus padres y el 20% No

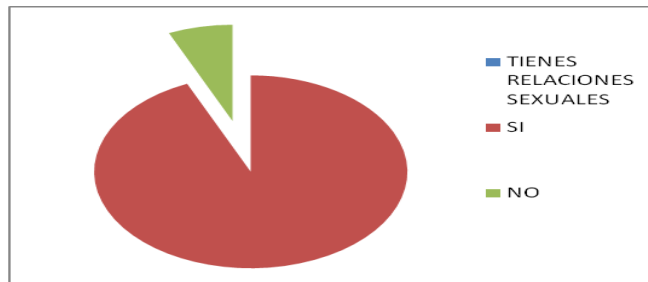
MESTRUAS	
SI	9
NO	6



49

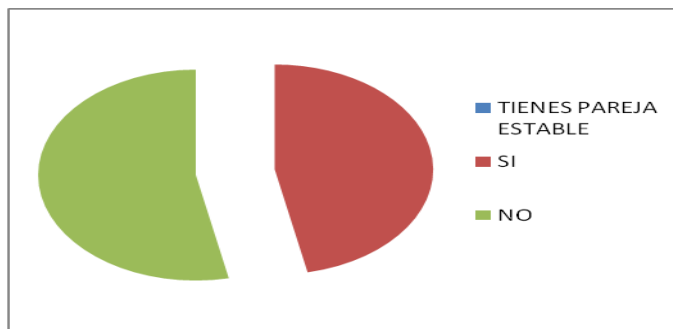
El 60% de los jóvenes menstrúan el 40% no

TIENES RELACIONES SEXUALES	
SI	14
NO	1



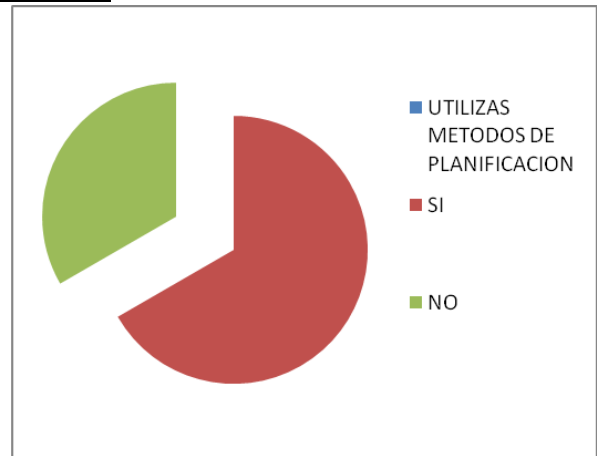
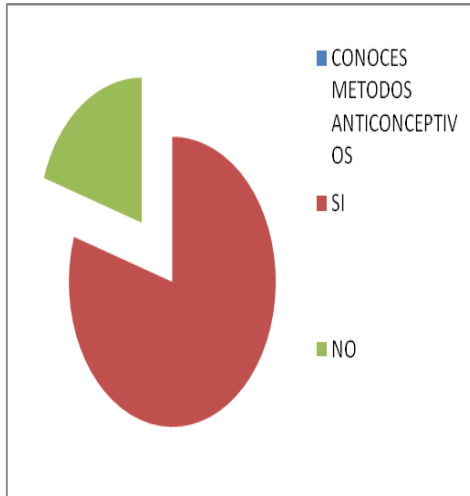
Un 93% de los jóvenes tienen relaciones sexuales el 7% No

TIENES PAREJA ESTABLE	
SI	7
NO	8



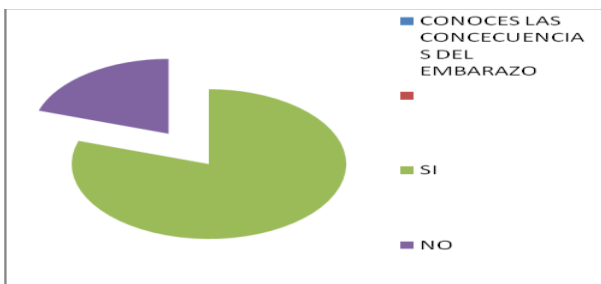
El 47% de los jóvenes del municipio si tienen pareja estable el 53% no tiene pareja estable

SI	12
NO	3



UTILIZAS METODOS DE PLANIFICACION	
SI	10
NO	5

El 67% de los jóvenes si utilizan métodos de planificar y el 33% no utiliza métodos de planificación.



13. TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

EN CALI

La zona rural y las comunas 20, 13, 14 ,15 y 21 tienen las tasas más altas del municipio.

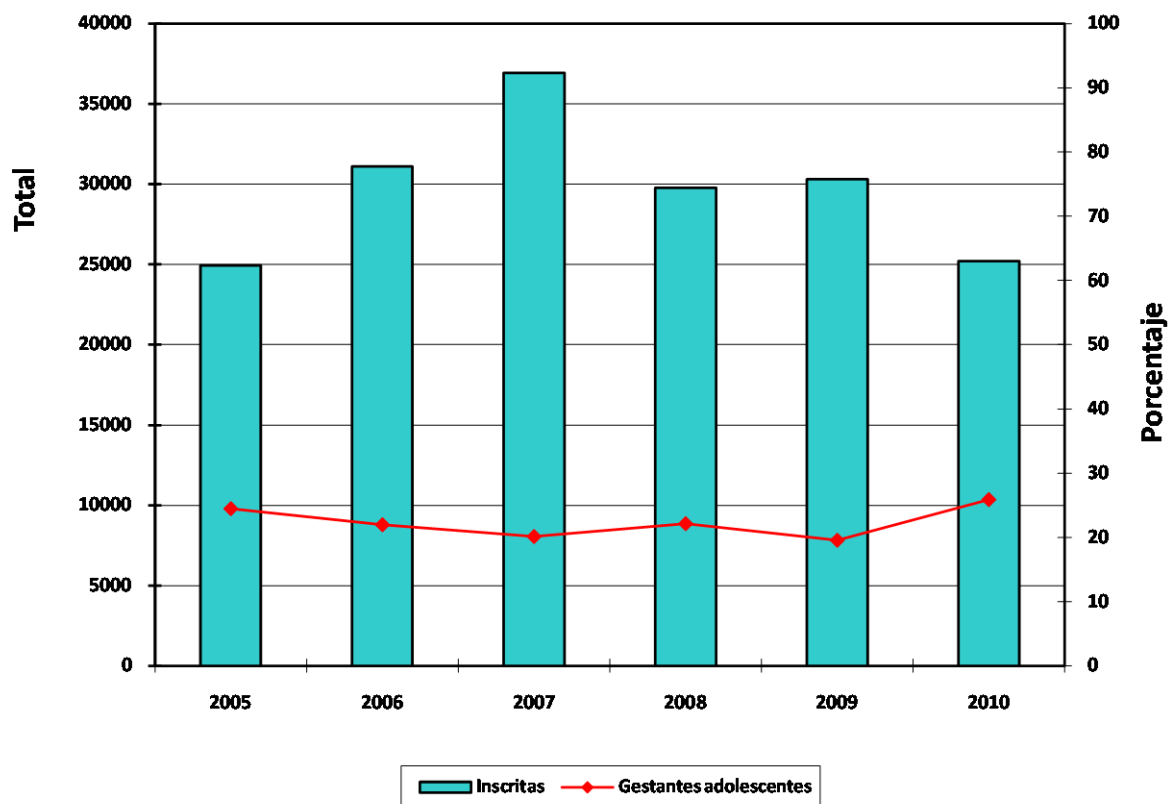
La zona rural y la comuna 20 están por encima de la tasa municipal.

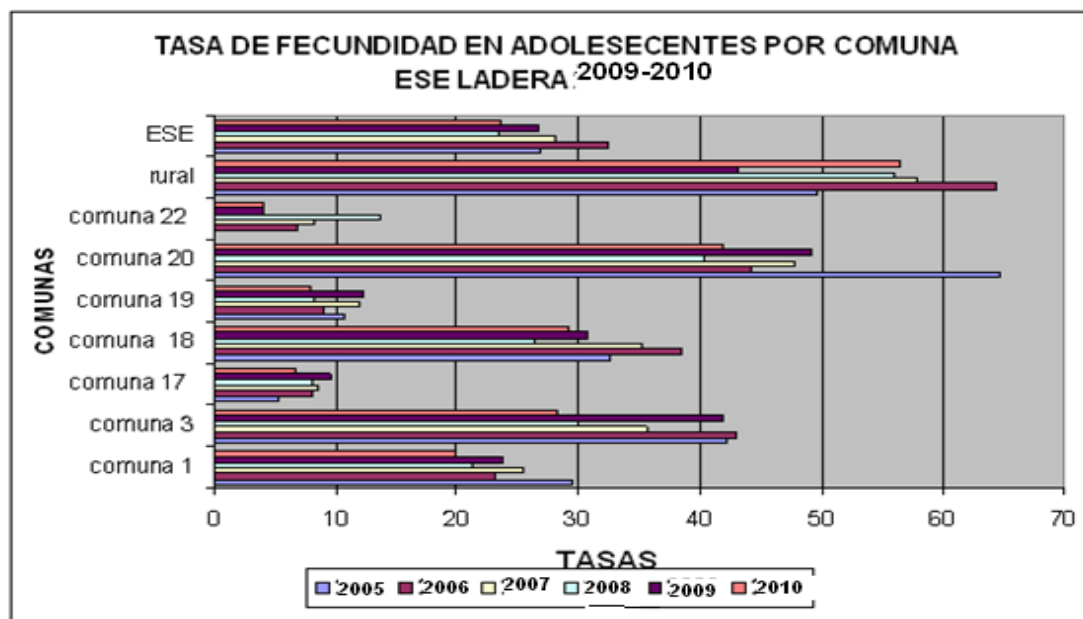
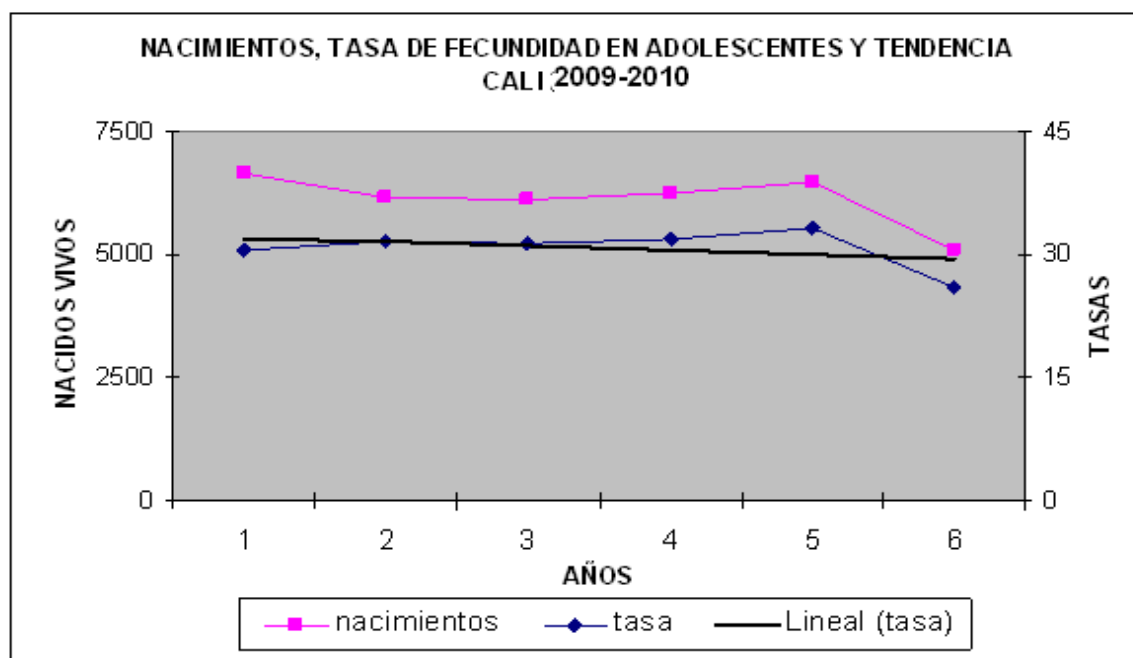
Años	Población Total de mujeres adolescentes	Nº de nacidos vivos en adolescentes	Tasa de fecundidad x1.000 N.V.
2005	217.405	6.632	30.50
2006	194.836	6.166	31.64
2007	195.096	6.121	31.37
2008	195.357	6.244	31.96
2009	195.576	6.477	33.11
2010	195.617	5.097*	26.05*

EN PROMEDIO UNA DE CADA 5 ADOLESCENTES HA ESTADO EMBARAZADA

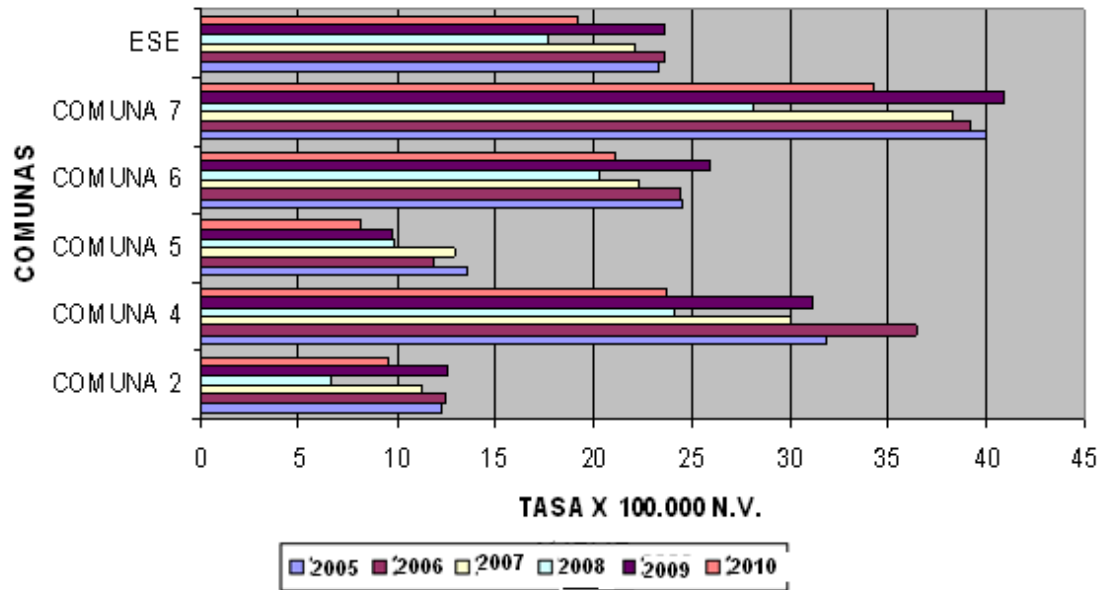
Porcentaje de gestantes adolescentes

Cali 2009-2010

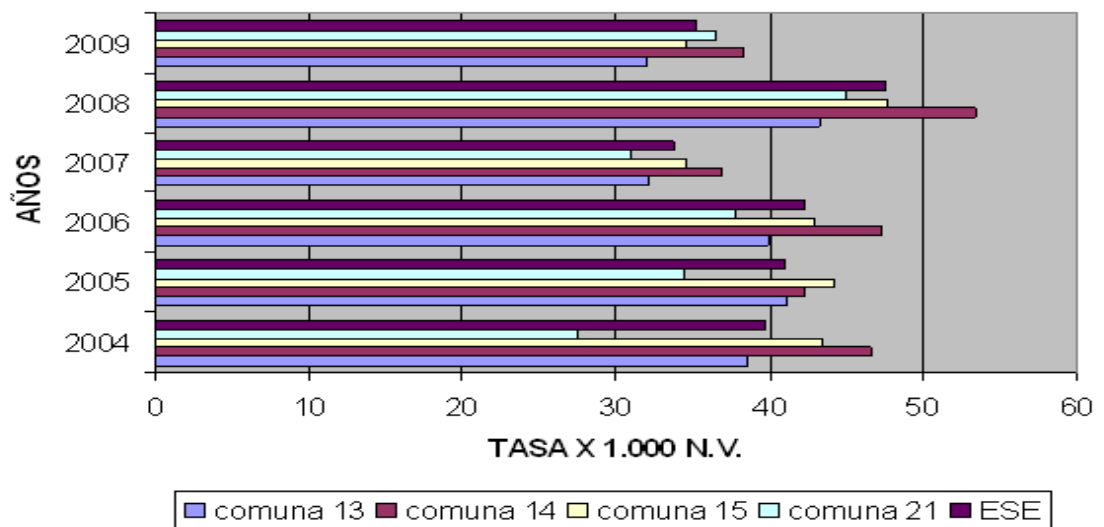




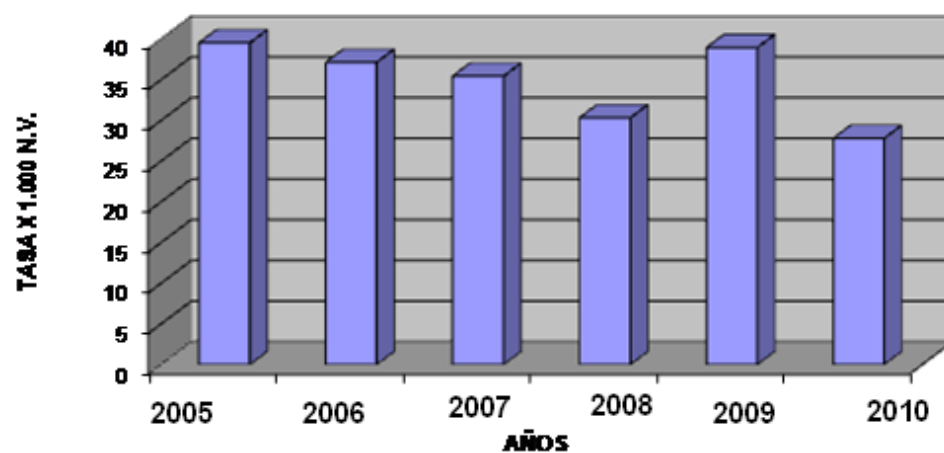
TASAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR COMUNA ESE NORTE 2005-2010



TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES POR COMUNA ESE ORIENTE 2005-2010



TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES ESE SURORIENTE



CONCLUSIONES

A lo largo de la etapa investigativa, este trabajo permite concluir lo siguientes

La mayoría de adolescentes encuestados tienen gran conocimiento sobre la sexualidad y los métodos de protección, pero al mismo tiempo encontramos un pequeño porcentaje que se debe capacitar, en lo relacionado sobre la sexualidad especialmente en los estratos bajos, que por muchos factores llegan al aborto y no existe una conciencia sobre la sexualidad.

Se mira un desconocimiento importante sobre todos anticonceptivos y mecanismos de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual, lo que no se corresponde con el nivel aceptable de conocimientos de otras encuestas⁵. Este hecho podrá explicarse por una falta de atención, tanto en el ámbito sanitario como educativo, respecto de estos temas, en nuestro medio. Por eso creemos que Debería ser prioritario dar información sanitaria a los jóvenes y aprovechar cualquier consulta en relación con la salud sexual para difundir entre ellos los mecanismos de contagio y su evitación, as. Como informarlos y adiestrarlos En el uso de preservativos y otros medios de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable que la educación sexual inicie en los primeros años de escuela ya que tienen la ventaja adicional de llegar a los jóvenes antes de iniciar una vida sexual y que sea continua e interrumpida a lo largo de sus vidas, adecuando la información al nivel de comprensión del adolescente.
- Dentro de los sistemas asistenciales en todas las regiones establecer mecanismos para que se adecue de acuerdo a la planificación que se tome con respecto al tema, enfocando con naturalidad todo lo referente a la sexualidad, como también el fomento de programas nacionales de información, comunicación, y educación sexual en todos los estamentos de primer a tercer nivel de complejidad, como aporte en la salud pública de los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

- + Guill.n Ant.n MV, Guill.n Ant.n J, Ad.n Gil F. Adolescencia y anticoncepción
- + Modulo Curso de Profundización en fundamentos de salud Pública Unad.
- + 4. Nebot M, Rohlf I. Factores de riesgo en adolescentes usuarias de Planificación familiar. Med Clin 1994 (Barc); 103: 366-370.
- + 5. Cabrera del Castillo MA, Martín D.az J, Luqu.n Ajuria A, Orueta
- + Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>
- + Sánchez R, L.pez Castro F. Conocimientos, actitudes y comportamientos
- + www.iniciativalatinoamericana.org/

ANEXOS

ENCUESTA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

Nombre: _____

Edad: _____

1. Extracto social: alto ___ medio___ bajo___
2. Vives con tus padres: si___ No___
3. Como es tu relación familiar: buena___ Mala___
4. Menstruas: si ___ No___
5. Tienes relaciones sexuales: Si___ No___
6. Tienes pareja estable: Si___ No___
7. Conoces métodos anticonceptivos: Si___ No___
8. Utilizas un método de planificación: Si___ No___
9. Conoces las consecuencias de un embarazo precoz: Si___ No___
10. Sabes sobre sexualidad y prevención: Si___ No___
11. Estas en embarazo: Si___ No___
12. Vive con el padre de su hijo Si___ No___
13. Estudia Actualmente: Si___ No___
14. Cual es su nivel académico: Primaria___ Bachiller___ Otro___
15. Haz pensado abortar Si___ No___

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES SEPTIEMBR E				MES OCTU BRE				MES NOVIE MBRE				MES DICE MBR E
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
	SEMANA												
Asesoría Metodológica del trabajo de campo													
Recolección de la información necesaria para la elaboración de la propuesta para el trabajo de campo													
Presentación de la propuesta al trabajo de campo													
Recolección de la información para la elaboración de las encuestas													
Organización e interpretación y presentación de la información de las encuesta													
Redacción y organización del trabajo de campo													
Sustentación del trabajo de campo													